Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

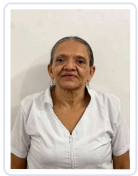
¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	57300117	PIVIJAY -MAGDALENA	1977/12/22	23/12/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
DE LA HOZ	SALAS	CELINA	RAQUEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1957/05/09	MAGDALENA	672

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MAZ 81 CAS 3 LA CUIDADELA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3135982711	3135982711	CELINA-RAQUE@HOTMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
PIVIJAY	MARIA INMACULADA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
PIVIJAY	COLEGIO NACIONAL DE BACHILLERATO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD METRO POLITANA	1986

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
0	0	0

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ENFERMERA

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDI	ENFERMEROA	2024/01/01	2024/03/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
JOSE MUGUEL DE LA HOZ	3207671189	Hijo

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
MONICA DE LA HOZ SALAS	3017106043	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
CELINA.DELAHOZ	CELINA DE LA HOZ	0	0

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	Positiva

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.